|  |  |
| --- | --- |
| 店　　　名 |   |
| 店舗所在地 | 〒 |
| TEL / FAX | TEL：　　　　　　　　　　　　　／　FAX： |
| メールアドレス |  |
| お電話など、都合のよい時間帯 |   |
| 担　当　者 |   |

①1～3のいずれか該当するものに○をお願いします

１.　塩分ひかえめメニューを提供している（食塩相当量3ｇ未満）

※食塩相当量が3 g未満かどうか分からない場合もこちらに〇をお願いします。

後日、保健所で栄養計算をさせていただきます。

２.　減塩の工夫をしている

　　　　 うす味希望者への対応 ・ 調味料別添え（ドレッシング、ソース等） ・ だしを効かせる ・

減塩調味料の使用 ・ 汁物、漬物を除くことができる ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３.　今は何もしていないが、1、2に関心がある

②お店の情報を教えてください

※　メールでお申込みいただく場合は、上記の内容を本文に記載し、

下記担当までお送りください。

豊中市保健所健康推進課健康支援係　栄養士宛

E-mail:kenkoushien@city.toyonaka.osaka.jp

「減塩協力店」FAX申込書

**豊中市保健所健康推進課健康支援係　栄養士宛**

 **FAX：０６－６１５２－７３２８**